



CONDICIONAL DE ADMISIÓN A LA ESCUELA EN IDAHO

La Forma Horario de la Intención de Vacunas

La forma llamado Horario de la Intención de Vacunas es requerido por IDAPA 16.02.15 para documentar el horario de vacunación previsto de un niño que no ha recibido todas las vacunas requeridas para la admisión de la escuela. Para ser elegible para la asistencia condicionada, un niño debe haber recibido al menos una dosis de cada vacuna requerida y estar en la actualidad en la fecha prevista para las inmunizaciones siguiendo los intervalos que están en la lista de abajo.

SECCIÓN 1: Un oficial escolar debe llenar esta sección. Secciones 1 y 2 debe ser completado para esta forma de ser válida.

A. **NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____
 Apellido Primer Medio Mes/Día/Año

B. VACUNAS NECESARIAS:

Marque la casilla (s) de la vacunas necesarias que FALTA	Introduzca la fecha del ÚLTIMO dosis recibida (dd/mm/aaaa)	Intervalo entre las dosis	Introduzca la fecha de vencimiento de la dosis SIGUIENTE (s) (dd/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/> La Difteria, el Tétanos, La Tos Ferina (DTaP, DPT, DT, Td)	Dosis 1:	2 ^a dosis: 4 semanas después de la 1 ^a dosis	Dosis 2 es necesario:
	Dosis 2:	3 ^a dosis: 4 semanas después de la 2 ^a dosis (o 6 meses después de la segunda dosis en caso de primera dosis era administrada a los 12 meses de edad o más)	Dosis 3 es necesario:
	Dosis 3:	4 ^a dosis: 6 meses después de la 3 ^a dosis	Dosis 4 es necesario:
	Dosis 4:	5 ^a dosis: 6 meses después de la 4 ^a dosis (no es necesario si el cuarto dosis recibida en o después de cumplir 4 años)	Dosis 5 es necesario:
<input type="checkbox"/> La Poliomielitis	Dosis 1:	2 ^a dosis: 4 semanas después de la 1 ^a dosis	Dosis 2 es necesario:
	Dosis 2:	3 ^a dosis: 4 semanas después de la 2 ^a dosis	Dosis 3 es necesario:
	Dosis 3:	4 ^a dosis: 6 meses después de la tercera dosis (y el niño es por lo menos 4 años de edad)	Dosis 4 es necesario:
<input type="checkbox"/> Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)	Dosis 1:	2 ^a dosis: 4 semanas después de la 1 ^a dosis	Dosis 2 es necesario:
<input type="checkbox"/> La Hepatitis B	Dosis 1:	2 ^a dosis: 4 semanas después de la 1 ^a dosis	Dosis 2 es necesario:
	Dosis 2:	3 ^a dosis: 8 semanas después de la 2 ^a dosis (y por lo menos 16 semanas después de la 1 ^a dosis)	Dosis 3 es necesario:
<input type="checkbox"/> La Varicela	Dosis 1:	2 ^a dosis: 3 meses después de la 1 ^a dosis	Dosis 2 es necesario:
<input type="checkbox"/> La Hepatitis A	Dosis 1:	2 ^a dosis: 6 meses después de la 1 ^a dosis	Dosis 2 es necesario:

Como _____ (el título) en _____ (nombre de la escuela), certifico que el niño nombrado arriba tiene un registro de recibir al menos una dosis de cada vacuna requerida y, como tal, es legalmente elegible para la admisión condicional. Voy a revisar el estado de vacunación de este niño hasta que se cumplen los requisitos. Esta forma de admisión condicional caduca el: _____ / _____ / _____ (dos semanas después de la última fecha tope).

Nombre del Funcionario de la Escuela (IMPRIMIR) _____

Firma del Funcionario de la Escuela _____

Fecha _____ / _____ / _____

SECCIÓN 2: Esta sección debe ser firmada por el padre o guardián.

Como padre / guardián de _____, entiendo que mi hijo se le permite asistir a la escuela de manera condicional y estoy de acuerdo que mi hijo debe vacunarse cuando sea necesario, el cumplimiento de los plazos mencionados anteriormente. También entiendo que es mi responsabilidad de proveer a la escuela con el comprobante de las vacunas anteriores y que de no hacerlo, dará lugar a la exclusión de mi hijo de la escuela. Yo reconozco que he leído este documento en su totalidad y lo entiendo completamente.

Nombre de Padre o guardián (IMPRIMIR) _____

Firma de Padre o guardián _____

Fecha _____ / _____ / _____

Teléfono de la Casa _____

Número de Teléfono Móvil _____